

неблагоприятно особенно в позднем репродуктивном возрасте, где и так снижаются шансы на получение беременности в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

Литература:

1. Информативность стандартных методов диагностики пролиферативных заболеваний эндометрия / М.А. Сабанцев [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2017. – № 17 (1). – С. 62-66.
2. Капитонова, О.В. Гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе / О.В. Капитонова, М. А. Чечнева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2020 – № 20 (3). – С. 35-40.
3. Лысенко, О.В. Применение трехмерной эхографии с опцией энергетического доплера в диагностике гиперпластических процессов в эндометрии / О.В. Лысенко // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2013. – № 13 (5). – С. 70-74.
4. Озерская, И.А. Атлас гинекологической ультразвуковой нормы. – М. : Видар-М, 2010. – С. 123-126.
5. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии / под ред. А. Е. Волкова. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – С. 303-305.

УДК 616.33/.342-002-053.2

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Мазуренко Н.Н.

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»

Введение. Гастроэнтерологи часто встречаются с моторно-эвакуаторными нарушениями пищеварительного тракта, также и с дуоденогастральным рефлюксом (ДГР) в сочетании с различной патологией, что заставляет пациентов обратиться к врачу [1,2]. Первичный ДГР встречается редко. Как правило, врач сталкивается со вторичным, который возникает на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта, что оказывает влияние на клинические проявления рефлюкса, в значительной степени маскируя ее [3].

Материал и методы. Методом сплошной выборки обследовано 98 детей в стационарных условиях на базе Витебского детского клинического центра с 2015 по 2019 года. Возрастная категория детей была от 5 до 17 лет. Средний возраст 13-15 лет. Выполнялась ЭГДС на видеогастроскопе Fujinon-2500. Наличие ДГР определялось наличием желчи в желудочном соке. Осуществлялись анализ кислотности с помощью универсального индикатора, определение Н. рylogi быстрым уреазным тестом. По результатам быстрого уреазного теста все пациенты были подразделены на 2 подгруппы: I группа (41 пациент) – положительный тест (21 девочка и 20 мальчиков) и II группа (57 детей) – отрицательный результат быстрого уреазного теста (29 девочек и 28 мальчиков). С целью выявления влияния патологических факторов на формирование патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нами проведен анализ историй болезней, изучены анамнестических и клинических данные. Результаты исследования обработаны методами вариационной, описательной статистики с помощью программ Statistica 10 (StatSoft Inc., США) в таблицах 2×2. Уровень статистической значимости отличий между группами пациентов (p) оценивался методом определения критерия по Пирсону (при наличии абсолютных значений признака более 10), внутри одной группы путем сравнения 95% доверительного интервала относительных частот. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Нами обследовано 98 детей, среди которых преобладали пациенты в возрасте 15 – 17 лет. Первая группа детей с положительным уреазным тестом имела следующее разделение: 5-6 лет – 2(4,9 %), 7-11 лет – 4 (9,6%), 12-14 лет – 9 (22%), 15-17 лет – 26 (63,4%); а в группе с отрицательным уреазным тестом: 5-6 лет – 2(3,5%), 7-11 лет – 10(17,5%), 12-14 лет – 14(24,7%), 15-17 лет – 31 (54,4%). В наблюдаемых группах преобладали пациенты со средним физическим развитием (48 человек), низкое развитие было у 5 человек, вышесреднего – у 1 ребенка ($p < 0,05$). 1 группа здоровья была у 2 детей, 2а группа здоровья (самая многочисленная)

– у 65, 26 – у 1 ребенка, 3 – у 6 человек, 4 группа отсутствовала ($p < 0,05$). Исследование наследственного анамнеза у пациентов с ДГР показало, что близкие родственники пациентов достоверно чаще страдали заболеваниями пищеварительной системы (заболевания желудочно-кишечного тракта: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 2(4,9[0,68-9,32]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 4(7,01 [2,84-19,95]%) ($p=0,681$) и пищевой аллергией (пищевая аллергия: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 5(12,2[0,05-7,16]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 4(7,01[2,84-19,95]%) ($p=0,426$).

Матери пациентов с ДГР имели отягощенный акушерский анамнез в виде осложненного протекания беременности (токсикозы первой и второй половины беременности: в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 4 (9,8 [3,98-10]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 0 ($p=0,021$), дети достоверно чаще рождалась путем операции кесарева сечения (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 5 (12,2 [0,05-7,16]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 3 (5,3 [1,47-9,47]%) ($p=0,256$). Большое количество пациентов получало вскармливание адаптированными молочными смесями (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 4 (9,8 [3,98-10]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 11 (9,3 [0,05-7,16]%) ($p=0,263$) и у половины пациентов длительность грудного вскармливания составила менее 6 месяцев (в группе с положительным уреазным тестом ($n=41$) – 44 (48,8 [6,8-93,2]%), в группе с отрицательным уреазным тестом ($n=57$) – 31 (24,6 [0,05-71,6]%) ($p=0,086$).

Выводы. У детей с ДГР выявлена высокая вероятность сочетания факторов риска: генеалогических, биологических и социальных в виде хронических заболеваний ЖКТ и отягощенной наследственности (пищевая аллергия) у близких родственников, токсикозов первой и второй половины беременности, оперативного родоразрешения, высоким удельным весом искусственного вскармливания, малой длительностью грудного вскармливания.

Литература:

1. Галлиев, Ш.З. Дуоденогастральный рефлюкс как причина развития рефлюкс-гастрита / Ш.З. Галлиев, Н.Б. Амиров // Вестн. соврем. клин. медицины. – 2015. – № 2 (8). – С. 50-61.
2. Губергриц, Н.Б. Желчный рефлюкс: современные теория и практика / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко. – М.: Форте принт, 2014. – 26 с.
3. Звягинцева, Т.Д. Дуоденогастральный рефлюкс в практике врача-гастроэнтеролога: очевидные опасности и скрытая угроза / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Гастроэнтерология. – 2012. – №1. – С. 11.

УДК 618.2:616.8-009.62

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Мацуганова Т.Н., Радецкая Л.Е., Винников А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Родовая боль имеет в своем составе висцеральный и соматический компоненты, в связи с чем может оказывать негативное влияние как на течение родов, так и на состояние роженицы и плода. В современном акушерстве нейроаксиальная аналгезия (эпидуральная, спинальная и спинально-эпидуральная) заняла прочные позиции как наиболее эффективный метод обезболивания [2,3]. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия (КСЭА) сочетает в себе преимущества спинальной анестезии (быстрое наступление сенсорного блока) и эпидуральной (возможность углубления и пролонгирования аналгезии) [1,2,3].

Цель работы – изучить эффективность и безопасность применения КСЭА в родах.

Материал и методы. Проведен анализ течения родов, состояния рожениц, плодов и новорожденных 126 женщин, родоразрешенных в родильном отделении БСМП г. Витебска в 2017-2018 годах с применением КСЭА. Методика одноуровневой КСЭА заключалась в выполнении пункции эпидурального пространства на уровне L3 - L4. Через эпидуральную иглу длиной спинальной иглой G27 (pensil point) осуществлялась пункция твердой мозговой оболочки и